LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Revue critique : Revue critique de neurologie et de psychiatrie, par le Dr E. Verrier, p. 177. — **Bibliographie** : Le tétanos, p. 180. — Les odeurs et les parfums, p. 180. — **Revue de la presse** : Sur un cas d'alcoolisme aigu chez un nourrisson ayant parfaitement simulé une méningite, p. 181. — **Académie des sciences** : *Séance du* 13 *mars* 1899. — *Présidence de M. Van Tieghem.* — L'iode existe-t-il dans l'air? p. 182. — La mort par les courants électriques, p. 182. — Sur le pouvoir réducteur des tissus : le muscle p. 183. — Synthèse et vocables de certaines voyelles, p. 183. — Sur l'agent pathogène de la rage, p. 183. — Sur une oxydase productrice de pigment sécrétée par le colie bacille, p. 183. — **Académie de médecine** : *Séance du* 21 *mars* 1899. — *Présidence de M. Panas*, p. 184. — Traitement de l'appendicite, p. 184. — Election, p. 184. — Ostéomalacimasculine avec déformations extrêmes du squelette, p. 184. — **Société médicale des Hopitaux** : *Séance du* 17 *mars* 1899. — *Présidence de M. Raymond.* — Sur un type clinique de congestion pulmonaire et pleuro-pulmonaire sans expectoration, p. 185. — Maladie de Werlhoff, p. 185. — Sur l'appendicite, p. 135. — Spasmes du larynx nécessitant une intervention prolongée, p. 185. — **Société médicale du VIIe arrondissement** : *Séance du* 31 *janvier* 1899. — *Présidence de M. le Dr Potherat*, p. 186. — Rapport sur les travaux de la Société pendant l'année 1898, p. 186. — Rapport scientifique sur la candidature de M. P. Olivier, p. 187. — **Société de chirurgie** : *Séance du* 22 *mars* 1899. — *Présidence de M. Pozzi*, p. 188. — Résection du cordon dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate, p. 188. — De l'asepsie en chirurgie, p. 188. — Fracture de jambe au tiers inférieur, p. 188. — Appendice infiltré de pus, enlevé après 30 heures de début, p. 188. — **Memento pratique**, p. 188. — **Variétés**, p. 189. — **Nouvelles**, p. 191.

REVUE CRITIQUE

—

Revue critique de neurologie et de psychiatrie.

Par le Dr E. Verrier.

1° Le réflexe du tendon d'Achille dans la sciatique et le phénomène des orteils dans le tabes. — Le *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 29 novembre 1898, rappelle qu'il y a deux ans, M. le Dr Babinski avait attiré l'attention de la Société sur l'affaiblissement ou l'abolition du réflexe du tendon d'Achille dans la sciatique. Il avait donné ainsi un excellent signe de la sciatique organique (sciatique vraie) pour la différencier de la pseudo-sciatique ou sciatique hystérique qui ne présente pas d'altération de ce réflexe. Le même médecin avait précédemment, par le phénomène des orteils, contribué au diagnostic différentiel des monoplégies crurales d'origine organique d'avec les mêmes monoplégies hystériques.

M. le professeur Van Gehuchten, de Louvain, a confirmé les expériences de M. Babinski et il a étendu le phénomène des orteils au tabes dorsal spasmodique dans lequel il se manifesterait, d'après lui, aux deux pieds avec une égale intensité (*Journal de neurologie de Bruxelles*). Quant à nous, nous avons observé le phénomène des orteils chez deux malades du service de M. le professeur Raymond, dont nous avons rapporté les observations, pp. 267 et 268 dans le *Journal des maladies nerveuses*.

Quant à la disparition plus ou moins complète du réflexe du tendon d'Achille dans la sciatique vraie, le fait a été confirmé par plusieurs observateurs.

On comprend dès lors que dans le tabes, comme le dit M. Babinski, lorsque la névrite atteint les racines du nerf sciatique, l'abolition du réflexe du tendon d'Achille puisse aussi s'observer, comme, du reste, dans toutes les variétés de névrites agissant *in situ*.

Pour ses recherches, l'auteur divise les tabétiques en plusieurs degrés. Dans le premier, le réflexe du tendon d'Achille et le réflexe rotulien sont tous deux abolis des deux côtés. C'est le degré le plus grave et celui qu'on rencontre le plus souvent. Au deuxième degré, correspondent les cas où il y a trouble des deux réflexes, mais non abolition complète, sans que la régularité soit parfaite dans l'intensité du phénomène.

L'auteur admet encore un degré dans lequel l'un des réflexes seul est aboli et l'autre plus ou moins troublé. A la rigueur, on pourrait subdiviser ce troisième degré suivant que c'est tel ou tel réflexe qui est aboli.

Pour M. Babinski, il y aurait donc un grand intérêt en clinique à rechercher systématiquement le réflexe du tendon d'Achille, dont l'absence aurait pour lui une aussi grande importance pour le diagnostic de la sciatique que le signe de Westphal pour le diagnostic du tabes.

Il est vrai que nous avons déjà le signe de Lassègue qui consiste dans l'extension du membre inférieur dont l'effet est de soumettre le nerf sciatique à une élongation forcée et surtout douloureuse. M. Babinski n'en a pas parlé.

Je ne veux pas finir ce sujet sans signaler l'avantage que le praticien peut retirer du phénomène des orteils dans les cas d'association d'une névrose avec une lésion organique. C'est ainsi que, dans sa leçon clinique du 3 mars dernier, M. le professeur Raymond nous a présenté une femme manifestement hystérique, chez laquelle une sclérose en plaques s'était développée six ans auparavant à la suite d'un traumatisme. Chez cette

femme, le signe de Babinski était très net, aussi la suggestion fit-elle disparaître les phénomènes hystériques, mais l'exagération des réflexes et la trépidation spinale ont persisté.

Le réflexe cutané plantaire a démontré que ces symptômes persistants se rattachaient bien à une lésion organique. Une autre femme qui, à la suite d'un accident de voiture, avait présenté quelques phénomènes qu'un examen superficiel aurait pu faire rapporter à une lésion organique, ne présentait pas l'extension du gros orteil, sous l'influence de l'excitation plantaire; aussi fut-elle immédiatement classée comme hystéro-traumatique malgré l'apparence trompeuse d'une exagération des réflexes et d'une fausse trépidation spinale qui, dans ce cas, n'étaient dues qu'au tremblement général qui agitait la malade.

D'ailleurs le rétrécissement du champ visuel et les autres stigmates de l'hystérie confirmaient le diagnostic.

2° Sur la paralysie de Landry, — Par une de ces coïncidences dont la carrière médicale est coutumière, le même semestre a vu éclore plusieurs travaux sur la *paralysie de Landry*, tant en Angleterre qu'en Allemagne et dans notre chère patrie.

Ce sont d'abord MM. Mills et Spiller qui, en juin dernier, ont publié une observation dans le *Journal of nervous and mental diseases* qu'ils ont fait suivre de réflexions fort intéressantes tendant à prouver : « 1° qu'il y a une forme de paralysie ascendante flaccide, avec peu de troubles de la sensibilité, des réactions électriques normales, sans participation des sphincters, de marche rapide et ordinairement mortelle ; 2° qu'il existe des cas atypiques et des formes de transition qui sont difficiles à diagnostiquer d'avec les myélites et les polynévrites ; 3° qu'il peut arriver qu'on ne trouve pas toujours de lésions, mais c'est qu'alors ces cas auraient été vus à une époque où les méthodes de recherches étaient insuffisantes. C'est ainsi qu'on explique certains cas de mort par toxémie avant que les lésions soient devenues apparentes ; 4e que la myélite seule peut déterminer la paralysie de Landry ; 5° qu'il peut y avoir polynévrile, mais alors les lésions des cornes antérieures de la moelle devront être examinées par le procédé de Nissl ; 6° enfin qu'il est probable que au moins dans quelques cas, le neurone moteur périphérique entier est attaqué en même temps par la toxine. »

En septembre suivant, M. Taylor, dans *The Lancet*, a rapporté le fait d'un homme de 42 ans, mort en trois jours d'une paralysie de Landry, chez lequel il n'y avait pas de lésions de la substance grise, d'où l'auteur conclut qu'il s'agissait d'un poison analogue au *curare* ayant agi sur la moelle.

Dans le *Wiener Klin. Woch.* du 18 août, M. Biro a observé un cas de paralysie de Landry à début brusque, comme dans l'observation précédente, chez une jeune fille de 17 ans. Outre les symptômes ordinaires de cette poliomyélite, il y avait de la parésie du moteur oculaire externe, les réactions électriques étaient inégalement altérées, les réflexes s'étaient éteints progressivement. L'auteur pense qu'il s'agissait aussi de poisons portant leur action sur les nerfs, ce serait donc une polynévrite, mais il n'a pas été fait mention de l'état des cellules des cornes antérieures de la moelle, de sorte qu'il devient difficile de dire s'il y a plutôt poliomyélite aigue que polynévrite.

M. Gabel, dans le *Munch. med. Woch.* du 2 du même mois, a aussi rapporté un cas de paralysie de Landry survenue chez un homme de 30 ans qui avait eu la syphilis et chez lequel il y avait aussi paralysie du moteur oculaire externe. On sait que ces dernières paralysies sont rares dans la maladie de Landry.

Les réflexes étaient abolis, mais la réaction faradique était normale.

Des phénomènes bulbaires se manifestèrent avec une diplégie faciale ; bref, le malade mourut en présentant de la dyspnée et de la cyanose.

Les lésions macroscopiques du système nerveux étaient à peu près nulles ; mais au microscope, outre une dégénérescence graisseuse des muscles, on constatait des lésions analogues sur la queue de cheval avec destruction du parenchyme et son remplacement çà et là par de la névroglie.

La moelle et le pont de Varole montraient aussi de la dégénérescence graisseuse de leurs fibres, l'absence de noyaux avec persistance des cylindres axes et dilatation des vaisseaux.

En outre, les nerfs périphériques des membres et les oculo-moteurs montraient également la dégénérescence graisseuse.

L'auteur ne conclut pas ; ne faudrait-il pas voir dans ce cas un nouvel exemple d'auto-intoxication ? ou bien la syphilis ne serait-elle pas en cause ?

Or, les travaux français peuvent-ils nous donner l'explication des quatre cas précédents ?

Sans remonter jusqu'à Charcot qui considérait, au point de vue pathogénique, la paralysie de Landry comme une poliomyélite très aiguë, nous rapporterons, après quelques considérations personnelles, l'opinion de son digne successeur, M. le professeur Raymond, basée sur les observations nombreuses recueillies à l'hôpital Saint-Antoine en 1889 et depuis à la Salpêtrière par la méthode anatomo-clinique.

Je prendrai aussi l'opinion de M. le professeur Grasset, de Montpellier ; celui-ci, comme Landry l'avait fait en 1859, fait de la maladie décrite par ce dernier une paralysie ascendante aiguë, ce qui a été confirmé par Gubler, Hayem, Vulpian, Westphal, Kussmaul et Chalvet.

D'après tous ces auteurs, la paralysie de Landry ne serait autre chose qu'une myélite envahissante à marche ascendante et rapide.

La névrite apoplectiforme des nerfs lombaires ou sacrés, les hémorrhagies dans l'endonèvre de la même région peuvent donner lieu au même syndrome.

Dubois en a publié trois cas pour le membre supérieur (1).

Déjerine en a aussi publié une observation (2).

Cependant la maladie peut évoluer plus lentement, mais dans les deux cas l'autopsie révèle des lésions diffuses dans les cordons latéraux et notamment dans la substance grise sur toute la hauteur de la moelle jusqu'au bulbe.

Ces lésions avaient échappé à Landry en raison de l'insuffisance des moyens d'examen, en 1859.

Des auteurs plus modernes et très autorisés comme Vulpian, Hayem, Déjerine ont aussi publié des observations dans lesquelles on n'avait trouvé aucune lésion, malgré la marche rapide de la maladie et peut-être même en raison de cette marche rapide.

Il en est de même des troubles de la sensibilité qui tantôt existent et tantôt manquent, ce qui rend le diagnostic très incertain. Aussi est-ce avec raison que Mills et Spiller avaient admis des cas atypiques et des formes de transition.

Les auteurs français que j'ai cités plus haut avaient, en raison de ces difficultés, proposé de distinguer une myélite aiguë envahissante et une paralysie ascendante aiguë sans lésions. Mais cette division n'est pas justifiée et si la maladie se prolonge, on ne manque pas de rencontrer le *caput mortuum*.

Déjerine, du reste, persiste à croire, et je me range à son avis, à une lésion médullaire qu'il suppose échapper à nos moyens de recherche même perfectionnés.

Dans un cas, il aurait trouvé avec une moelle saine en apparence des racines antérieures déjà altérées (3). Pitres et Vaillard ont adopté la même opinion (4), mais Schulz et Schultze, s'appuyant sur des traces de méningite diffuse à peine sensibles, ont nié l'affirmation de Déjerine corroborée pourtant par la névrite infectieuse qui ne laisse guère davantage de traces sur la moelle et qui, elle aussi, est à marche rapide (5).

Du reste les formes pures sont rarement réalisées et il sera toujours difficile, cliniquement parlant, de séparer la poliomyélite antérieure aiguë de l'adulte de la paralysie ascendante aiguë de Landry, voire même de certaines polynévrites. Mais dans la paralysie de Landry les moteurs oculaires sont rarement touchés. Vous les avez vu cependant atteints dans l'observation de Biro et surtout dans celle de Gœbel, il est vrai que le sujet de cette dernière observation avait été atteint de syphilis. Quant à Landry, il considérait la paralysie ascendante aiguë comme une paralysie essentielle et les recherches histologiques faites depuis 1859 ont confirmé cette opinion. Mais Nauwerk et W. Barth (1) n'admettaient de lésion que sur les nerfs périphériques, tandis que Senator (2) n'y veut voir qu'une affection de la moelle. Peut-être est-il sage, dans l'état de nos connaissances, de ne pas faire de la paralysie de Landry une entité morbide, mais un processus variable comme expression clinique, aussi bien que comme siége et comme nature, de même qu'il est variable dans ses causes.

Lancereaux déclare que dans la paralysie ascendante aiguë (Th. de Landry), la lésion médullaire ne diffère pas sensiblement de celle constatée dans la myélite diffuse. Il croit que tantôt la paralysie de Landry est l'effet d'une myélite diffuse et tantôt d'une myélite multiple. Il ne la considère même pas comme une affection distincte (3).

Comme il m'est impossible de prolonger cette revue critique je résume ce qu'en dit M. le professeur Raymond dans la 3e série de ses cliniques, p. 673 (4) :

« *a*) Comme étiologie la règle, aussi bien pour la paralysie de Landry que pour la poliomyélite et la polynévrite à forme de poliomyélite est la même.

b) Tous les degrés intermédiaires entre ces 3 types peuvent être observés.

c) Tous trois sont des affections du neurone moteur périphérique.

Donc la localisation ainsi que la variation des altérations « dépendent de la nature de l'agent infectieux ou toxique, de la durée de son action, de son intensité et de son mode d'application ».

*
* *

3. Psychoses aigues déterminées par la constipation (*auto-intoxication*). — M. Sœlder, dans le *Jahrb. fur Psychol*, Band 17, rapporte six observations de délire aigu terminé par la mort. A l'autopsie on a trouvé de la coprostase du gros intestin, par suite de constipation invincible chez des jeunes sujets du sexe féminin.

L'auto-intoxication qui en est résultée a entraîné du délire aigu par une sorte d'hyperémie cérébrale, d'œdème et de dégénérescences musculaires et parenchymateuses des reins et d'autres organes.

L'évolution de ces psychoses s'est faite rapidement, 8 à 15 jours après le début des accidents qui ont consisté en troubles de la conscience, en excitation maniaque et en loquacité extrême. La mort est survenue par parésie du cœur. Aucun trouble digestif et, malgré la dégénérescence rénale, la putréfaction des albuminoïdes de l'urine n'était pas augmentée.

N'empêche que la marche du mal a été rapide, con-

(1) Dubois. *Ueber apoplectiformes Einsebtzen neuritischer Ersheimungen*. Corresp. Blatt fur Schweizer Aerzte 1899, n° 14.

(2) Déjerine. *Sur un cas de névrite apoplectiforme du plexus brachial, suivi d'autopsie*. Soc. de biologie, 19 juillet 1890.

(3) Déjerine. *Comptes rendus de l'Ac. des sciences*, 18 juillet 1898.

Dejerine et Goetz. *Archiv. de physiologie normale et patholog.*, T. V, 1876, p. 312.

(4) Pitres et Vaillard. *Archiv. de physiologie*, T. I, 1887, p. 149

(5) Schulz et Schultze, *Arch. fur psychiatrie*, t. XII.

(1) Nauwerk et Barth, *Zeigters Beitrage fur Pathologischen Anatomie*, t. V, p. 1, 1889.

(2) Senator. *Neurologischer Centralblatt*, n° 41, p. 384. 1893.

(3) Lancereaux. *Traité d'anatomie pathologique*, t. III, p. 437, 1885.

(4) F. Raymond, *Leçons sur les mal. du syst. nerveux*, 3e série 1898.

tinue, sans rémission, s'accompagnant d'angoisse et de céphalalgie. Le cœur s'est pris aussi rapidement et, malgré tout cela, il n'y a pas eu élévation de température,..

L'auteur n'attribue pas le délire à l'hyperémie cérébrale, ni à l'invasion microbienne du cerveau. Il pense que les lésions constatées à l'autopsie sont une des conditions essentielles au développement des accidents cérébraux. Ces lésions seraient donc le premier résultat de la coprostase.

Bref les psychoses, en l'espèce, peuvent être considérées comme le fait d'une auto-intoxication et les lésions organiques comme la voie d'entrée des toxines. Peut-être, si l'évolution eût été moins rapide, aurait-on retrouvé dans le cerveau des traces de la toxémie microbienne.

La conséquence pratique qui ressort de ces faits est de combattre la constipation par tous les moyens appropriés.

BIBLIOGRAPHIE

Le tétanos, étiologie, pathogénie, diagnostic, pronostic, traitement, par J. COURMONT et DOYON, prof. agrégés à la Faculté de médecine de Lyon, avec 4 fig. dans le texte. Paris, Librairie J.-B. Baillière et fils, 1899.

Le tétanos peut passer pour le type des affections dont l'histoire a subi des transformations radicales sous l'influence des découvertes microbiennes et MM. Courmont et Doyon, si bien autorisés par leurs travaux à écrire la monographie de cette maladie, peuvent dire avec raison qu'il y a dix ans, aucune ligne de ce livre n'aurait pu être écrite. Après avoir montré le bacille tétanique, le poison tétanique et le tétanos expérimental, les auteurs démontrent que la toxine tétanique est le type d'une classe toute particulière de produits solubles microbiens toxiques. Cette classe se caractérise, d'après leurs travaux, par le fait capital de la nécessité d'une incubation que ne peuvent ni supprimer, ni raccourcir l'augmentation des doses et le choix de la porte d'entrée. La toxine diphtérique appartient à la même classe. Or, l'injection de ces toxines ne produit tous ses effets qu'un certain temps qui représente la durée de l'incubation. Les théories pathogéniques, qui doivent tenir compte de certaines particularités des toxines tétaniques, sont longuement discutées; mais jusqu'à présent, aucune des théories émises n'est exempte de critiques. Pour les uns, la toxine agit en nature, sans modification chimique. Pour les autres, la période d'incubation répond à un travail chimique. La toxine est détruite ou modifiée; il y a production de substance nouvelle. Mais le poison tétanique n'a aucune action directe sur le muscle; il s'adresse directement au système nerveux sans qu'on puisse affirmer quel est le point du système nerveux qui est intéressé; il est cependant probable que le poison agit sur le système sensitif. Tous les travaux relatifs à la pathogénie du tétanos sont longuement exposés dans les deux premières parties, avec toute la clarté qu'exige le nombre des recherches dont le tétanos a été l'objet dans ces dernières années.

Au point de vue du diagnostic, il serait très important de reconnaître le tétanos avant l'apparition des contractures, afin de pouvoir intervenir; malheureusement il n'existe encore aucun signe certain, et l'agglutination n'existe pas dans cette maladie.

Parmi les traitements du tétanos, MM. Courmont et Doyon n'examinent que ceux dont l'efficacité est reconnue ou au moins probable. Ils étudient ainsi les traitements symptomatiques, le traitement spécifique local, nettoyage des plaies, action de l'air, le traitement spécifique par le sérum antitétanique, enfin le traitement de Bacelli par les injections d'acide phénique et de morphine. Nul sujet ne méritait mieux de prendre place dans la collection des actualités médicales.

L. J.

Les odeurs et les parfums, leur influence sur le sens génital, par le Dr Etienne TARDIF. Paris, Librairie J.-B. Baillière et fils, 1899.

Malgré le titre d'apparence légère de ce travail, son auteur, qui en fait le sujet de sa thèse inaugurale, l'a traité avec beaucoup de conscience et une entière bonne foi, assumant toute la responsabilité des opinions qu'il émet. M. Tardif nous montre d'abord que les parfums ont une origine très ancienne et qu'on les a employés autrefois avec plus d'exagération qu'aujourd'hui. Cependant on n'a pas pu encore établir une classification absolue des odeurs. Au point de vue physiologique, les expériences de M. Tardif montrent que les parfums agissent sur la respiration, en augmentant l'amplitude du rhythme respiratoire suivant le parfum agissant; la verveine a sous ce rapport une action plus intense que l'héliotrope et que l'ambre. Sur la circulation, l'influence des parfums se traduit par une vaso-constriction de plus en plus nette, en allant de l'ambre ducal à l'héliotrope, en passant par la violette. Enfin les parfums sont doués d'une certaine toxicité dont les effets varient suivant le parfum employé.

Le quatrième chapitre de ce travail traite des rapports des odeurs avec la reproduction, de l'influence des parfums sur le sens génésique de l'homme. M. Tardif conclut que les odeurs jouent un grand rôle pour la conservation des espèces végétales ou animales et que l'action des parfums sur le sens génésique n'est qu'un dérivé de l'action des odeurs sur ce sens. Cette action des odeurs se retrouve, dit-il, entre autres chez les insectes, chez les vertébrés, chez l'homme; elle est nulle dans le jeune âge et a plus d'action sur le mâle que sur la femelle. Cette action des parfums est d'autant plus naturelle qu'elle est moins indispensable. Sur les individus normaux, cette action se borne simplement

à éveiller le sens génésique, mais elle devient un besoin chez les individus pathologiques. Un chapitre est consacré à l'application des parfums en médecine, aux effets utiles ou dangereux des émanations odorantes. Enfin le lecteur lira avec intérêt quel usage on fait des parfums dans la vie courante, l'influence que le sexe et l'éducation exercent dans le choix des parfums, pourquoi la femme se parfume plus que l'homme, le rôle que les parfums exercent dans la société. En somme, étude fort intéressante à lire et où l'anecdote et l'histoire s'associent heureusement au côté physiologique plus grave. L. J.

REVUE DE LA PRESSE

Sur un cas d'alcoolisme aigu chez un nourrisson ayant parfaitement simulé une méningite, par le Dr E. Ausset, professeur agrégé, chargé de la clinique des maladies des enfants à l'Université de Lille. — Je viens d'observer un cas des plus curieux et qui me paraît digne d'être relaté en détail.

Le 25 janvier dernier, j'étais appelé en consultation par M. le Dr Derode pour un nourrisson de deux mois qui, depuis quelques jours, avait de la fièvre, de l'accablement et de la diarrhée.

Après un examen détaillé du petit malade, je ne pensais le premier jour qu'à de simples troubles digestifs ou à la grippe à forme gastro-intestinale (une épidémie régnait à ce moment). En effet, la température, oscillant aux environs de 39°, la somnolence et la diarrhée étaient les seuls signes qu'il m'était donné d'observer.

Mais très rapidement la scène changeait. En effet, à cet abattement succéda bientôt une excitation très vive, l'enfant restait peu d'instant sans pleurer, il ne pouvait rester dans son berceau, et jetait des cris plaintifs d'une façon à peu près continue. En même temps nous notions une raideur de la nuque qui, ultérieurement, ne fit que s'accentuer. La tête était complètement rejetée en arrière, et il était impossible de la ramener dans la rectitude, tant les muscles étaient contracturés. Le pouls était irrégulier, ralenti, on notait de temps à autre des intermittences. Au niveau de la fontanelle antérieure existait une tumeur molle, grosse comme une noix, animée de battements, et qu'on sentait nettement être constituée par le liquide céphalo-rachidien.

On le conçoit, l'idée d'une méningite s'imposait, malgré la rareté d'une telle affection à un âge si peu avancé.

Or, le 29 janvier, le père de l'enfant venait en toute hâte chez moi en me disant qu'un nouvel ennui surgissait. Le mari de la nourrice venait d'arriver annonçant la mort de son enfant, et voulait emmener sa femme. Je me rendis auprès de la nourrice pour la dissuader de partir ; rien n'y fit et le lendemain elle quittait la maison

Quelle ne fut pas la stupéfaction générale en apprenant d'une autre domestique, qui jusqu'alors l'avait caché, que cette nourrice buvait beaucoup et s'enivrait tous les soirs.

Nous renaissions tous à l'espoir, nous disant que les phénomènes observés chez le nourrisson étaient dus à l'alcoolisme de la nourrice.

Mais les symptômes méningés persistèrent. Bien mieux, la fièvre tomba, et en même temps le pouls devint encore plus ralenti (54) ; la respiration devint suspirieuse, et la religieuse garde-malade nous affirma avoir observé des rougeurs et des pâleurs alternatives et subites du visage.

L'enfant était toujours très agité, ne dormant presque pas, ou s'il ne criait pas étant plutôt dans une somnolence morbide que plongé dans un sommeil réparateur. La raideur de la nuque persistait toujours très intense. Il n'y avait rien du côté des membres.

D'autre part, les vomissements se montrèrent et durèrent deux jours, la journée du 31 janvier et celle du 1er février. La diarrhée continuait. La tumeur, au niveau de la fontanelle antérieure, persistait.

J'avais dit, à la famille, que maintenant je croyais bien qu'on ne pouvait penser à autre chose qu'à une méningite et avais déjà fait entrevoir l'issue fatale probable.

Cependant le 7 février, l'état général semble meilleur, la raideur de la nuque est moins accentuée, la nuit a été un peu plus calme.

Je n'avais guère confiance en cette détente, que je ne croyais qu'apparente ; et cependant il fallut bien me rendre à l'évidence. Tous les jours l'amélioration s'accentua, tous les phénomènes méningés rétrocédèrent les uns après les autres et aujourd'hui l'enfant est totalement guéri. Je l'ai vu pour la dernière fois mercredi 22 février ; il a repris bon aspect, commence à prendre du poids, n'a plus de diarrhée. Tout symptôme anormal a absolument disparu.

Eh bien, je le demande, était-il possible de penser à autre chose qu'à une méningite ? Et d'abord nous avions en premier ignoré les excès de la nourrice, l'erreur était donc des plus faciles. Mais une fois cet alcoolisme connu, que penser de cette exagération de liquide céphalo-rachidien ayant produit la tumeur signalée plus haut, de cette raideur de la nuque, de ces intermittences du pouls, de cette respiration suspirieuse, de ces vomissements ? Le tableau de la méningite n'était-il pas au complet ? Certes pendant longtemps nous avons éloigné cette idée à cause du début des accidents qui semblaient s'être produits presque brusquement et à cause de l'âge de l'enfant, insolite pour une méningite. Mais devant la persistance des phénomènes surtout après le départ de la nourrice coupable nous avions cru devoir nous arrêter au diagnostic de méningite.

L'évolution des faits a montré que nous avions eu

tort ; car je crois que personne ne discutera l'idée d'une méningite guérie ; il serait puéril, à mon sens, d'y insister. On ne peut donc expliquer tout ce tableau clinique que par de l'intoxication alcoolique aiguë produite chez cet enfant par le lait de la nourrice ivrogne.

Le fait nous paraît des plus curieux, car si nous avons vu assez souvent de *l'excitation cérébrale* simple produite chez les nourrissons par des femmes alcooliques, nous n'avions jamais vu se manifester de véritables accidents simulant la méningite à s'y méprendre. (*Echo médical du Nord*).

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 13 *mars. — Présidence de* M. Van Tieghem.

L'iode existe-t-il dans l'air ? — M. Armand Gauthier lit une note qu'il termine ainsi :

1° L'air de Paris contient moins de 1/500 de milligramme d'iode libre ou à l'état de gaz iodés dans 4.000 litres d'air environ. Sous cette forme, l'iode n'existe pas, ou n'existe pas en quantité sensible, dans l'air de Paris, ni dans celui des bois, de la montagne ou de la mer ;

2° Il en est de même de l'iode qui pourrait, à la rigueur, se trouver dans l'air à l'état de sels solubles (iodures ou autres), en poussières extrêmement ténues ;

3° Au contraire, pourvu qu'on agisse sur 2.000 à 3.000 litres à Paris, sur 200 à 300 litres à la mer, on trouve dans l'air une petite quantité d'iode sous une forme fixe et insoluble dans l'eau. Cet iode ne devient sensible qu'après que la bourre de coton de verre où il s'est déposé a subi l'action de la potasse fondante. Ce métalloïde semble donc contenu dans l'air sous forme de principes iodés complexes, peut-être d'algues, lichens, mousses, schizophytes ou spores en suspension.

En effet, sous cette forme d'iode organique en suspension dans l'air, nous avons trouvé :

Sur 1.000 litres à Paris.....	0 mgr. 0013
— à la mer....	0 mgr. 0167

C'est-à-dire que l'air de la mer contient treize fois plus d'iode dans ses corpuscules en suspension que l'air de la ville. Il semble qu'on puisse induire de cette constatation que la mer est l'origine principale de l'iode atmosphérique, et qu'étant données la forme insoluble de cet iode, sa façon de se conduire avec la potasse, l'absence complète de poussières minérales à la mer quand le vent vient du plein océan, ce métalloïde doit exister dans l'air à l'état organique, probablement même organisé. On sait que le *plankton* des eaux de la mer est formé d'un immense réseau d'infusoires, diatomées, algues, etc., qui vivent surtout à la surface des eaux et envoient dans l'air marin leurs spores, leurs produits et débris de toute sorte.

S'il en est ainsi, si l'iode nous vient surtout de corps organisés, non seulement les particules en suspension dans l'air des villes (et surtout de celles qui ne sont pas très éloignées des mers comme Paris) doivent contenir un peu d'iode, mais ce corps entrant dans la composition des parties en suspension les plus légères, telles que les levures, mousses, algues, spores ou bactéries, l'iode doit être d'autant plus abondant dans les poussières qu'elles auront été recueillies sur des points plus élevés.

C'est ce que j'ai constaté, en effet. De fines poussières que j'ai recueillies à 40 mètres au-dessus du sol, sous la colonnade du dôme du Panthéon où le public ne va pas, et où elles se déposent à l'abri de la pluie, mais non du vent qui sans cesse enlève leurs particules les plus légères, contenaient :

Iode pour 100 gr. de poussières..... 0 mgr. 066

Plus haut, à 77 mètres au-dessus de la rue, sous le bandeau de pierre calcaire de la lanterne qui surmonte le dôme de cet édifice, j'ai recueilli une matière noir-verdâtre, lichénoïde, formée de parties ténues, un peu adhérentes à la pierre, mélange de particules charbonneuses et minérales, de mousses microscopiques, algues, bactéries, débris organisés divers (1) qui m'ont donné :

Iode pour 100 gr..... 0 mgr. 551

Ce dépôt poussiéreux (2) formé à 77 mètres au-dessus de la ville contient donc une quantité d'iode plus de huit fois supérieure à celle que l'on trouve dans les poussières plus lourdes déposées 37 mètres plus bas.

L'iode de l'air se trouve donc accumulé dans les parties les moins denses des poussières ; il ne devient sensible qu'après fusion à la potasse ; il est surtout abondant dans l'air de la pleine mer où ne se rencontrent pas de poussières minérales insolubles, mais où sont emportés les spores, algues et débris du plankton : toutes ces constatations nous portent à penser que la majeure partie de l'iode de l'air paraît surtout originaire d'algues microscopiques ou de spores iodées d'origine marine, sans que rien démontre toutefois que les végétaux terrestres inférieurs ne puissent fournir aussi une partie de ce métalloïde.

Il ne paraît pas que l'iode existe dans l'air, du moins *en quantité sensible*, à l'état de vapeur provenant de la décomposition, expérimentalement établie, des iodures alcalins par l'oxygène en présence de l'acide carbonique (*Berthelot*) ou par l'ozone atmosphérique. Je n'en ai pas trouvé sous cette forme 1/500 de milligramme dans 4.000 litres d'air. L'air de Paris, des bois, de la montagne et de la mer elle-même ne m'en a pas fourni davantage, soit à l'état organique, soit à l'état d'acide iodhydrique, soit sous celui d'iodures alcalins ou terreux issus de la mer ou du sol.

Je montrerai, d'ailleurs, dans une note prochaine, combien est elle-même petite la quantité de chlorure de sodium que l'air de la mer charrie à l'état de poussières et d'embrun.

La mort par les courants électriques (courant alternatif). — MM. J.-L. Prevost et F. Battelli. Nous résumons dans cette note les principaux résultats que nous ont fournis 170 expériences, faites dans le laboratoire de Physiologie de l'Université de Genève, sur des chiens, des chats, des cochons d'Inde, des lapins, des rats, que nous avons soumis à des courants alternatifs d'une tension de 5 volts jusqu'à 4800 volts, le courant possédant 45 périodes par seconde.

I. Les courants de haute tension (savoir : 4.800 ou 2.400

(1) Notre savant confrère, M. Bornet, a bien voulu examiner ce dépôt et s'assurer de la présence des algues, mousses, etc., et débris organisés qui le forment en partie.

(2) J'y ai trouvé : Matière minérale, 69,3 ; matière organique 14,02 ; eau, 16,70.

volts, chez le chien ; 1,200, 600 ou 240 chez le cochon d'Inde), appliqués pendant une fraction de seconde, une ou deux secondes, de la tête aux pieds, ont produit chez ces animaux des troubles graves du système nerveux : crises de convulsions intenses ou de tétanos avec opisthotonos, perte de sensibilité, prostration générale, arrêt momentané ou définitif de la respiration, perte plus ou moins prolongée des réflexes cornéen et rotulien.

Le cœur offre une accélération des contractions des ventricules avec élévation considérable de la pression artérielle qui dure plusieurs secondes et qui est suivie d'une chute modérée de la pression avec ralentissement du cœur.

Les oreillettes sont arrêtées en diastole pendant que les contractions ventriculaires persistent.

L'animal est en grand danger de mort ; mais il peut, dans certains cas, se remettre spontanément, et souvent être sauvé par la respiration artificielle; sans quoi, le cœur se paralyse secondairement, à la suite de l'arrêt de la respiration.

II. Les courants à tension relativement basse, de 120 à 20 volts et même, dans quelques cas, de 10 volts provoquent une crise de convulsions tétaniques si les électrodes sont placées de la tête aux pieds. Ces convulsions ne se montrent pas si les contacts sont sur les bras ou le thorax et si la tension ne dépasse pas 60 volts.

La respiration est alors peu atteinte et se rétablit très vite après l'arrêt des convulsions.

La sensibilité générale n'est que peu affectée ou ne l'est que momentanément.

L'accident qui est le plus important est l'apparition immédiate de *trémulations fibrillaires des ventricules du cœur*, qui surviennent si le contact électrique a duré au moins une seconde. *Les oreillettes continuent à battre*, comme lorsque l'on électrise directement le cœur mis à nu.

L'animal meurt donc de cette forme de paralysie du cœur *avec chute immédiate de la pression*. La respiration continue pendant plusieurs minutes.

La respiration artificielle est alors sans effet favorable, vu cette paralysie du cœur qui, chez le chien, est irrémédiable.

III. On peut, en soumettant l'animal dont le cœur a été mis en trémulations fibrillaires par un courant de faible tension, *voir ce cœur reprendre ses contractions ventriculaires si l'on soumet l'animal à un courant de haute tension* avant que quinze secondes se soient écoulées.

La respiration s'arrête ; mais en entretenant la respiration artificielle, il est souvent possible de sauver l'animal.

Ce résultat est plus facile à obtenir chez le cochon d'Inde que chez le chien, mais nous y sommes aussi parvenus chez le chien.

IV. Chez le *lapin*, on peut signaler, avec des courants à haute tension, des phénomènes analogues ; mais, chez lui, le cœur mis en trémulations fibrillaires se rétablit spontanément et le lapin ne meurt pas par paralysie du cœur, lors de l'application de courants à faible tension.

D'autre part, l'arrêt de la respiration est chez lui, comme chez le cochon d'Inde, plus souvent définitif que chez le chien.

V. Chez le *rat*, comme l'un de nous l'a démontré, le cœur ne peut être mis d'une façon durable en trémulations fibrillaires. Le rat succombe à la paralysie de la respiration et à l'hyposthénisation du système nerveux.

A haute tension on observe aussi chez lui l'arrêt des oreillettes, tandis que les ventricules continuent à battre.

VI. Signalons, en outre, plusieurs phénomènes observés par nous :

1° La paralysie momentanée du nerf vague et du sympathique cervical avec les courants de haute tension,

2° La non modification des phénomènes décrits ci-dessus par la section préalable des nerfs vagues ;

3° La réplétion du cœur par le sang, même dans le cas de courants à tension élevée et de courte durée, qui semble prouver que le tonus vasculaire et les centres vaso-moteurs ne sont pas paralysés.

4° La non-élévation appréciable de la température, si le temps du passage du courant n'est pas prolongé.

5° L'apparition rapide de la rigidité cadavérique dans le cas de courants à voltage élevé ;

6° A l'autopsie, absence de lésions microscopiques constantes et caractéristiques. Cependant l'on constate quelquefois une hypérémie des méninges, mais pas d'hémorragie intra-cérébrales, si l'on a évité l'élévation de température;

7° La *durée* du contact est importante :

La respiration, toutes choses égales d'ailleurs, est d'autant plus affectée que la durée du contact a été plus longue. Les convulsions et le tétanos généralisé seront d'autant plus énergiques et prolongés que la durée du contact a été plus courte ; un cobaye, soumis à un courant de 600 volts pendant deux secondes, n'offrira pas de convulsions à la rupture, tandis qu'il en eût présenté d'énergiques si le courant n'avait duré qu'une fraction de seconde.

Plus le voltage est élevé, plus courte est la durée du contact nécessaire pour faire manquer les convulsions.

8° Le *point d'application* des électrodes offre une grande importance ; leur siège différent pouvant faire varier l'apparition de tel ou tel symptôme :

La *respiration* sera atteinte plus facilement et les convulsions plus aisément provoquées si une des électrodes est placée sur la tête.

Quant au *cœur*, le voltage nécessaire pour produire les trémulations fibrillaires est plus faible si le cœur se trouve sur la ligne qui réunit les deux électrodes. Inversement, si le cœur ne se trouve pas sur cette ligne, il pourra être mis en trémulations fibrillaires par des courants de haute tension, qui, en traversant directement le cœur, ne l'auraient pas paralysé.

9° Quand, à la suite de courant de haute tension, le cœur du chien ou du cochon d'Inde se paralyse consécutivement à l'arrêt de la respiration, le massage du cœur provoque des trémulations fibrillaires, qui manquent en cas d'asphyxie simple, non précédée d'électrocution.

Sur le pouvoir réducteur des tissus : le muscle. — M. Henri Hélier.

Synthèse et vocables de certaines voyelles. — M. Marage.

Sur l'agent pathogène de la rage. — M. E. Puscariu.

Sur une oxydase productrice de pigment sécrétée par le coli-bacille. — M. Gabriel Roux.

Dans une Note à la Société de Biologie (16 juillet 1898), M. Roger a fait connaître que quelques bactéries, dont le coli-bacille, possèdent la propriété, lorsqu'on les cultive sur des tranches d'artichaut cuit, de produire un pigment vert qui n'apparaît pas sur les autres milieux de culture.

J'ai répété, il y a quelques mois, les expériences de

M. Roger qui m'intéressaient surtout au point de vue de la diagnose différentielle du coli-bacille et du bacille d'Eberth, ce dernier ne produisant pas de pigment dans les conditions susprécitées, et j'ai été amené, pour certaines raisons, récemment exposées à la Société nationale de Médecine de Lyon (5 décembre 1898) à apporter quelques modifications à la techniques cultures sur artichaut.

M. Balland adresse une Note « Sur la composition et la valeur alimentaire des principaux légumes ».

L'auteur rappelle les résultats que fournit l'analyse des plantes légumières, cultivées pour leurs parties souterraines (racines, bulbes, tubercules), pour leurs tiges ou leurs feuilles, pour leurs fleurs, pour leurs fruits ou pour leurs graines.

La comparaison de ces résultats le conduit aux conclusions suivantes :

En résumé, les légumes les plus nourrissants sont fournis par des racines ou des tubercules moins hydratés que les feuilles et les tiges, comme les pommes de terre, les patates, les topinambours, dans lesquels, après l'eau, les matières hydrocarbonées (amidon, inuline, sucre) tiennent le premier rang ; puis viennent, d'après la richesse en azote, l'agaric comestible (champignon de couche), les salsifis, les pousses d'asperge, les fonds d'artichaut, les choux-fleurs, les petits pois et les haricots verts, les choux en général, les épinards, l'oseille et la laitue. Quant aux autres produits, leur valeur nutritive est presque nulle : ils n'agissent que par leurs sucs aqueux ou leurs matières cellulosiques qui favorisent la dissociation des viandes dans l'estomac ; plusieurs, d'ailleurs, sont exclusivement employés comme condiments.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 mars 1899. — Présidence de M. Panas.

La Correspondance comprend un pli cacheté de M.J. Broca intitulé *Sérothérapie dans l'alcoolisme* (Accepté) ; 2° une lettre de M. De Lapersonne, doyen de la Faculté de médecine de Lille, invitant l'Académie à envoyer des délégués aux fêtes de l'inauguration de l'institut et du monument Pasteur de Lille, qui auront lieu le dimanche 9 avril. MM. Duclaux et Roux sont délégués.

Nécrologie. — M. le président annonce la mort de M. Gibert, du Hâvre, correspondant national depuis 1897.

Traitement de l'appendicite. — M. Le Dentu, dans une communication faite à l'Académie, il y a trois ans, avait formulé des conclusions relativement modérées et avait admis dans certains cas l'expectation.

De nombreuses statistiques publiées de divers côtés on peut tirer cette conclusion tout à fait contraire à celle de M. Dieulafoy, que la mortalité par l'appendicite est effroyable. A la Société de chirurgie, il y a encore 12 orateurs qui se sont montrés partisans de la recherche des indications, 7 ou 8 se sont montrés radicaux et encore 3 seulement l'ont été sans réserve. Il y a eu certainement dans ces dernières semaines une évolution marquée vers la formule de M. Dieulafoy, mais il y a encore beaucoup de réserves. Depuis huit ans, j'ai formulé cette règle de ne pas toucher aux péritonites générales dues à des salpingites aiguës; on peut assimiler peut-être la péritonite de l'appendicite à celle de la salpingite, cela doit au moins porter à faire des réserves. C'est également l'opinion d'un homme très autorisé, M. Roux de Lausanne.

J'aime beaucoup mieux la seconde formule de M. Dieulafoy : il faut opérer dans les vingt-quatre heures. Je n'ai jamais perdu un malade opéré à froid. Il est possible que l'opération tout à fait précoce, avant la péritonite, donne les mêmes résultats. Cela est logique. La mortalité des opérations faites à froid ne peut pas approcher de celle des opérations faites à chaud. Je ne m'oppose donc pas à l'adoption de la formule de M. Dieulafoy ; je crois même que là est la solution de la question.

Elections. — L'académie procède à l'élection de deux correspondants nationaux dans la 2e division.

La commission présentait les candidats dans l'ordre suivant : En 1re ligne M. Auffret (de Brest), en 2e ligne M. Forgue (de Montpellier) ; en 3e ligne M. Laroyenne (de Lyon) ; en 4e ligne *ex-æquo* MM. Crivelli (de Melbourne), Duret (de Lille), et Mouchet (de Sens).

Pour la première place, sur 77 votants, majorité 39, M. Auffret est élu par 65 voix contre 8 données à M. Forgue, 2 à M. Laroyenne et 2 à M. Duret.

Pour la seconde place, sur 75 votants, majorité 38, M. Forgue est élu par 59 voix contre 5 données à M. Mouchet, 4 à M. Laroyenne, 5 à M. Duret, 1 à M. Onimus (non présenté) et 1 bulletin blanc.

Ostéomalacie masculine avec déformations extrêmes du squelette. — M. Paul Berger. Ce malade avait 20 ans quand, en avril 1895, il vint se présenter à M. Berger avec double genu valgum plus prononcé à gauche qu'à droite ; ce genu valgum s'était développé rapidement et gênait notablement la marche. Le sujet paraissait bien portant, mais portait quelques traces de rachitisme ancien. L'ostéotomie supra-condylienne du côté gauche fut pratiquée; le genou est redressé et le fémur se consolida sans complication; mais peu de temps après l'opération le malade se plaignit de douleurs spontanées très vives dans tous les membres, sauf dans le membre opéré, et principalement dans le membre inférieur droit ; ces douleurs furent considérée comme des douleurs rhumatismales. Ce ne fut que trois mois après qu'on s'aperçut d'une mobilité anormale dont les deux jambes étaient le siège, mais qui était plus prononcée à gauche qu'à droite ; les os de ces membres étaient devenus flexibles ; le pied gauche en outre était raccourci; il existait des crampes douloureuses et des contractures dans les deux membres inférieurs dont le squelette était excessivement sensible à la pression. L'existence d'une ostéomalacie fut reconnue.

En décembre 1896, les déformations avaient acquis une très grande étendue aux membres inférieurs qui étaient infléchis, tordus, raccourcis et où les moindres mouvements déterminaient des douleurs intolérables ; le bassin était pris. A ce moment apparurent subitement des douleurs analogues dans les membres supérieurs avec une impotence fonctionnelle absolue, surtout à gauche. Le processus avait résisté aux traitements par les fluorures, les phosphates, l'huile de foie de morue, le phosphore ; pour tâcher d'arrêter l'extension de l'affection aux extrémités supérieures, M. Berger proposa au malade la castration double qui fut refusée.

Aujourd'hui les déformations du squelette sont telles que le cas ne peut se comparer qu'à celui de la femme

Supiot. La taille s'est réduite à 1 m. 06 du sommet de la tête à l'extrémité des pieds placés dans l'extension ; les jambes ont 12 centimètres de long, les cuisses 19 ; elles présentent des plis et des bourrelets dus au ratatinement des parties molles ; le thorax, moins déformé que le reste, est aplati, le sternum enfoncé, mais la colonne vertébrale est rectiligne, le malade étant resté couché dans une gouttière ; les deux humérus et l'avant-bras gauche sont recourbés en demi-cercle. Le crâne est aplati d'avant en arrière, élargi transversalement, la face large aux pommettes, terminé en pointe au menton, tous les os sont flexibles ; le contact, les mouvements déterminent les douleurs les plus vives, mais il n'y a plus de crampes ni de tremblement ; les muscles ne sont pourtant pas paralysés complètement. Le malade est constamment inondé de sueurs profuses et fétides; il est atteint d'une néphrite interstitielle et qui parait faire des progrès rapides. — M. Berger présente des radiographies du squelette dont les os, à peine reconnaissables, sont tranformés en cordons fluxueux présentant toute espèce de plis, de torsions, de circonvolutions.

Ce fait est remarquable : 1° par la généralité et le degré extrême des déformations osseuses ; 2° à cause de son début qui a été annoncé par l'apparition d'un genu-valgum; 3° par la consolidation du fémur ostéotomisé pour cette lésion quoiqu'il fut atteint d'ostéomalacie; 4° par l'absence de toute circonstance étiologique capable d'expliquer le développement de cette ostéomalacie rare encore comme cas d'ostéomalacie masculine; 5° par la résistance de l'affection à tous les traitements ; M. Berger eût voulu essayer de la castration double qui chez la femme (Fehling) a donné de tels succès ; le malade s'y est refusé. La médication thyroidienne n'a pu être employée d'une manière suivie à cause de l'état des reins.

L'étude des échanges nutritifs et du chimisme organique de ce malade a été faite par M. Albert Robin.

M. Robin apporte le résultat des analyses qu'il a faites avec M. Binet chez deux malades atteints d'ostéo-malacie dont celui de M. Berger. Il formule cinq conclusions résumant les recherches.

A 4 heures quarante-cinq, l'Académie se forme en comité secret pour entendre les conclusions du rapport de M. Guignard sur les candidats au titre de correspondant national (3e division).

Voici la liste de présentation :

1re ligne : M. Dupuy, de Toulouse.

2e — : M. Imbert, de Montpellier.

3e — ; *Ex-æquo* MM. Carles et Denigès, de Bordeaux; Lacour, de Versailles; et Leduc de Nantes.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 mars 1899. — Présidence de M. Raymond.

Sur un type clinique de congestion pulmonaire et pleuro-pulmonaire sans expectoration. — M. L. Rénon. — Toutes les modalités cliniques de l'hyperhémie pulmonaire qui constituent la congestion active et propre du poumon peuvent, dans certains cas, évoluer chez l'adulte sans donner lieu à la moindre expectoration ; cette notion est indépendante de toute constatation bactériologique.

Est-il possible de réunir tous ces cas en un tableau d'ensemble et d'esquisser une forme propre et distincte de congestion pulmonaire ? Sans aller aussi loin dans la synthèse des faits, il est incontestable que les variétés cliniques de congestion pulmonaire, sans expectoration, ont entre elles plusieurs traits communs : la violence de la dyspnée qui ne manque pour ainsi dire jamais, et à l'auscultation le souffle et surtout le double souffle à timbre légèrement bronchophonique. L'absence d'expectoration ne s'étend pas toujours à toute la durée de l'affection et peut se limiter à ses premières périodes ; parfois elle ne se signale que par l'émission d'un seul crachat (observations de Dupré et de Bourgeois), ce qui établit une véritable gradation entre l'absence relative et l'absence complète d'expectoration.

Dans la plupart des cas, cette particularité ne paraît guère avoir d'influence sur la marche des congestions pulmonaires : elle n'implique, en général, une marche longue et traînante que si la grippe est en jeu. Leur pronostic n'est pas modifié, bien que les malades aient plus à souffrir de la dyspnée ; on doit accepter les cas de bronchoplégie si souvent mortels.

Il résulte de ces recherches qu'il existe un type clinique de congestion pulmonaire sans expectoration commun à toutes les variétés congestives : il s'agit là d'une sorte de congestion massive du poumon qui n'est pas sans quelque analogie avec la pneumonie massive de Grancher, qui doit être rapprochée de la pneumonie sèche de Wiedemann et qui peut-être considérée aussi comme une congestion pulmonaire sèche.

M. Netter a remarqué que dans les cas de doute entre la congestion massive et une pleurésie, si on ponctionne pour assurer le diagnostic, on constate souvent, immédiatement après, à l'auscultation, une modification considérable de tous les phénomènes stéthoscopiques.

Maladie de Werlhoff. — M. Lenoble, de Brest, a fait certaines recherches sur les altérations du sang au cours de cette maladie et il expose le résultat de ces examens microscopiques.

Sur l'appendicite. — M. Florand pense que, contrairement à ce qui a été soutenu dans une autre société, on peut encore mourir d'appendicite, alors même que l'opération a été faite aussi hâtivement que possible. Il relate plusieurs observations à l'appui de son opinion. L'auteur pense aussi qu'il n'est pas possible d'affirmer, à l'heure actuelle, quelque disposé que l'on soit à l'intervention, que l'on doit ouvrir le ventre de tout malade et particulièrement de tout enfant qui, dans le cours ou à la suite d'une maladie infectieuse, spécialement de la grippe, présente une douleur passagère au point de Mac-Burney, avec une légère action locale, sans phénomènes généraux, sans modifications du pouls, alors que, au bout de quelques jours, tout rentre dans l'ordre.

M. Joffroy partage l'opinion de M. Florand. Il ne croit pas que les chirurgiens doivent intervenir dans tous les cas. En outre, on ne peut encore préciser à quel moment le chirurgien doit intervenir. Dans un fait personnel d'appendicite, on observa une rémission tout à fait franche et prolongée des symptômes. On ne se trouva pas moins, un peu plus tard, dans la nécessité d'opérer, et l'examen de l'appendice justifia absolument l'intervention pratiquée.

Spasmes de larynx nécessitant une intervention prolongée. — M. Sevestre. Je crois avec M. Richardière que les spasmes permanents du larynx à la suite des tu-

bages prolongés sont dus à des ulcérations de la région sous-glottique.

Cependant j'ai vu une fillette qui, en 2 mois 1/2, garda ce tube 600 heures. A l'autopsie je ne trouvai aucune lésion trachéale. Le nervosisme joue donc un grand rôle dans la production des accidents. Voici mes conclusions :

1° En général, on doit détuber les enfants (traités par le sérum) au bout de deux ou trois jours; puis, s'il survient de nouveau, soit immédiatement, soit après quelques heures, des accès de suffocation ou du tirage, il faut renouveler le tubage et le répéter même à plusieurs reprises pendant une période de six à huit jours. Cette période ne doit pas être dépassée dans la diphtérie compliquée de rougeole ou de streptococcie et même dans les cas de laryngite simple, surtout si le tube expulsé présente une coloration noire.

En dehors de ces cas, et surtout si le tube revient clair et brillant, le tubage peut être continué pendant quelques jours encore; toutefois, il est prudent de ne pas prolonger les tentatives de tubage au delà de dix à douze jours.

Si, après cette période, une intervention est encore nécessaire, au lieu de répéter encore le tubage, il me paraît préférable de recourir à la trachéotomie. Pratiquée à ce moment, elle peut offrir des chances de succès qu'elle ne donnerait pas à une époque plus tardive. Il n'est pas très rare de pouvoir, au bout de quelques jours, enlever définitivement la canule.

2° Dans tous ces cas d'ailleurs, que les enfants soient tubés ou trachéotomisés, et pour se mettre autant que possible à l'abri des accidents après le détubage ou l'enlèvement de la canule, il importe d'employer tous les moyens capables de combattre le spasme (bromure de potassium, codéine, antipyrine, chloral, enveloppements froids du thorax).

3° Dans le cas où il existe des complications de broncho-pneumonie, la question est plus délicate, car la trachéotomie n'offre guère plus de chances de succès que le tubage. Il est possible même qu'elle aggrave la complication pulmonaire. En tout cas, elle ne permet guère l'administration des bains qui, chez les enfants tubés, sont d'un emploi facile et peuvent alors rendre de grands services.

On pourra donc, suivant les cas, prolonger le tubage ou faire la trachéotomie sans pourtant se faire d'illusions sur le résultat.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VII^e^ ARRONDISSEMENT

Séance du 31 janvier 1899. — Présidence de M. le D^r^ Potherat.

M. le D^r^ Toledano, secrétaire général, donne lecture de la correspondance qui comprend : 1° une lettre de M. le D^r^ Richardière, remerciant la Société de l'avoir nommé vice-président pour l'année 1899; 2° une lettre de M. le D^r^ Verchère remerciant la Société des félicitations qu'on lui a adressées à propos de sa nomination récente comme chevalier de la Légion d'honneur; 3° une lettre de M. le D^r^ Valude qui remercie la Société pour l'honneur qu'elle lui a fait, en lui accordant la présidence au cours de l'année 1898, et il s'excuse de ne pouvoir assister à la séance; 4° une lettre de M. Chevallereau, informant la Société qu'il accepte la proposition de publier dorénavant, dans la *France Médicale*, les comptes-rendus de la Société; 5° lettre de M. le D^r^ Toulouse, demandant à être nommé membre de la Société; 6° lettre de M. le D^r^ Monnier s'excusant de ne pouvoir assister ni à la séance ni au banquet; 7° lettre d'excuses de M. le D^r^ de Bourgon qui envoie le travail qu'il avait fait annoncer pour être communiqué à la Société; 8° compte rendu financier par M. le D^r^ Alibert, trésorier. Après examens, ce compte rendu est approuvé et des félicitations sont adressées à M. Alibert pour la situation prospère de la Société; 9° rapport de M. le secrétaire général sur les travaux de l'année écoulée; 10° compte rendu de l'assemblée générale du conseil général des Sociétés médicales d'arrondissements; 11° communication de M. le D^r^ Natier sur trois cas d'hémorrhagies spontanées de la cloison (sera publié); 12° rapports sur les candidatures de MM. les D^rs^ Olivier et Toulouse, qui sont élus à l'unanimité; 13° lettre de M. le D^r^ Berger invitant les membres de la Société qui auraient des instruments à exposer, en 1900, de vouloir bien s'adresser à la classe dont il est président.

Pour un des secrétaires annuels,
M. Natier.

Rapport sur les travaux de la Société pendant l'année 1898, par M. Tolédano, *secrétaire général.*

Mes chers collègues,

L'année qui vient de s'écouler ne le cède en rien aux dernières années qui nous ont précédés. Les travaux ont été aussi féconds et aussi importants. Mais il est à remarquer que ce sont à peu près les mêmes membres qui apportent à nos séances le fruit de leurs observations. Plusieurs d'entre nous, qui auraient pu collaborer à l'œuvre commune, se confinent dans une abstention que nous ne pouvons que regretter. J'aime à croire que cette abstention a pour cause des occupations professionnelles ou des devoirs d'une autre nature. Aussi, nos séances se sont-elles parfois ressenties du peu d'assiduité de nos membres. Mais j'ai hâte d'ajouter qu'elles ont été bien remplies. Le compte rendu que je vais avoir l'honneur d'exposer devant vous prouvera que nous avons travaillé avec persévérance et que la Société se maintient dans le rang qu'elle avait acquis dès le début de sa fondation.

Les communications purement médicales ont été assez importantes malgré leur petit nombre.

M. Leroux nous a lu une note sur quelques cas de péritonite consécutive à des diarrhées chroniques ou aiguës.

Ce travail consciencieusement fait a été l'objet d'une discussion approfondie.

M. Sottas père nous a fait part d'un cas de scarlatine compliquée d'ictère et accompagnée d'épistaxis utérine.

La rareté et l'intérêt de cette observation ont été mis en lumière par l'auteur et les orateurs qui ont pris part à la discussion qui s'en est suivie.

M. Le Roy a présenté deux cas fort intéressants d'angine diphtérique ayant débuté par l'arrière-cavité des fosses nasales.

Je vous ai apporté, pour ma part, ainsi que je l'ai fait les années précédentes, le résultat des revaccinations que j'ai pratiqués dans les écoles du VII^e^ arrondissement.

En chirurgie, si le nombre des communications a été inférieur à celui des autres années, l'intérêt qu'elles ont présenté n'a pas été moindre.

M. Monnier nous a apporté un travail fort intéressant sur

un calcul vésical très volumineux qu'il a extrait par la taille hypogastrique.

Il a en outre fait passer sous nos yeux six photographies représentant des corps étrangers et des fractures obtenues à l'aide de la radiographie. Ce travail montre les avantages que le médecin peut tirer de cette nouvelle découverte scientifique.

M. Le Bec, que nous voyons toujours sur la brèche, nous a présenté différentes communications :

1° Dix cas de pieds bots graves qu'il a opérés et guéris;

2° Un cas d'enchondrome du doigt qui a été suivi d'amputation. La rareté et la curiosité de ce cas ont été manifestement démontrées par la discussion qui a suivi la présentation;

3° Un cas d'ostéosarcome du tibia qui a amené notre collègue à désarticuler le genou par la méthode ovalaire.

Tout l'intérêt de la discussion qui s'en est suivie a porté sur l'opportunité d'amputer loin de la tumeur ou près de celle-ci.

Enfin, M. Le Bec nous a fait goûter, dans une langue humoristique et attrayante, un compte rendu de l'ouvrage de notre excellent collègue, M. Jullien, que vous connaissez tous et qui a pour titre « *blennorrhagie et mariage*. Il nous a montré comment l'auteur avait admirablement réuni dans cet ouvrage les qualités du savant et celles du fin lettré.

M. Valude, malgré ses fonctions présidentielles, a tenu à montrer à la Société qu'il ne l'oubliait pas. Il nous a communiqué un travail sur la suture en bourse dans les ulcères étendus de la cornée.

Enfin, M. Natier nous a présenté une balle de fusil qu'il avait extraite du pharynx chez un sujet qui portait ce corps étranger depuis *trente-cinq ans*, sans se douter de son existence.

En dehors des communications scientifiques, la Société a eu à traiter des questions d'ordre professionnel. C'est ainsi qu'à chaque séance j'ai été appelé à vous rendre compte des travaux du Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement. Il serait trop long de vous énumérer ces travaux; je me contenterai de vous parler des principaux d'entre eux et sur lequels vous avez été invités à donner votre avis.

En premier lieu, le conseil général a décidé de constituer un congrès de déontologie et d'intérêts professionnels pour l'Exposition de 1900. Ensuite il a étudié les questions fort délicates et très importantes concernant les rapports des médecins avec les sociétés de secours mutuels; la réforme des expertises médico-légales sur laquelle notre confrère, M. Ducor, a présenté un rapport très remarquable et très documenté; enfin il a protesté contre le droit d'immatriculation dans les facultés. J'ai hâte de dire que ce nouveau droit, contre lequel toutes les sociétés médicales ont protesté à leur tour, a été récemment rapporté.

La Société comprend aujourd'hui 66 membres sur lesquels 2 ont été admis en 1898. Ce chiffre est peu élevé eu égard à la population médicale de l'arrondissement. Il faudrait que nous fussions au nombre de 120 à 140, si nous avions tous le sentiment de la solidarité professionnelle. En ce moment où nous voyons les hommes appartenant à la même profession se grouper entre eux, afin de prendre une part plus grande dans la lutte pour l'existence, il serait déplorable pour le corps médical de ne pas suivre le courant qui emporte la société actuelle vers le groupement, l'association de ses forces vives. Quelle est la plus utile de ces associations, si ce n'est la société médicale d'arrondissement? Là on se voit, on se connaît, on s'apprécie, on évite les froissements, les malentendus, et si une difficulté survient, il est plus facile de l'aplanir. Aussi je ne saurais trop vous recommander de nous amener le plus grand nombre d'adhérents possible; car c'est par notre cohésion que nous arriverons à surmonter les obstacles de toute nature qui se dressent chaque jour devant le corps médical.

Laissez-moi, en terminant, féliciter à nouveau en votre nom, trois des membres de notre Société qui ont reçu, à des titres variés, des distinctions honorifiques. M. Valude, notre sympathique président de 1898, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur; M. Verchère, un de nos anciens présidents, a reçu également le ruban rouge. Enfin, M. Paul Segond, un des fondateurs de notre Société, a été promu officier de la Légion d'honneur.

Rapport scientifique sur la candidature de M. P. Olivier,

par M. Monnier.

Messieurs,

Notre confrère nous a envoyé, à l'appui de sa candidature, une étude sur la syphilis tertiaire du nez et des fosses nasales, dont nous vous demandons la permission de vous présenter un court résumé.

Comme il le dit, ces accidents sont actuellement relativement peu fréquents, grâce à la diffusion du traitement mercuriel: ils se présentent principalement vers la septième année, toutefois on en a vu de beaucoup plus précoces, un ou deux ans après le chancre. C'est la portion cartilagineuse de la cloison qui est le plus souvent atteinte de nécrose.

L'auteur passe ensuite en revue les lésions extérieures c'est-à-dire cutanées, puis les altérations intérieures, muqueuses d'abord, ensuite osseuses, celles-ci succédant habituellement à celles-là.

A vrai dire, les lésions cutanées: syphilides granulées des ailes du nez, décrites par Ricord et Fournier; syphilides papulo-croûteuses et pustulo-crustacées, nous paraissent des accidents plutôt secondo-tertiaires que tertiaires proprement dits, mais l'auteur signale des cas qui, par leur époque tardive d'apparition, ont droit à être rangés dans la troisième période de la syphilis.

M. Olivier décrit en détail les syphilides acnéiques du nez dont Horand, de Lyon, a publié de curieux exemples.

Les lésions intérieures se présentent sous forme de gommes ordinairement étalées; du reste, le plus souvent ulcérées quand le malade vient consulter. C'est même habituellement des ulcérations que le médecin est appelé à traiter. Toutefois, Fournier, dans ses leçons sur la syphilis tertiaire, cite le cas d'un homme présentant une série de mamelons recouverts d'une muqueuse intacte, le tout ressemblant à une grappe de groseilles rouges.

Les ulcérations muqueuses gagnent peu à peu le périoste, les os et les cartilages, déterminant des ostéites et des nécroses parfois suffisamment étendues pour amener une large perforation subite ou progressive du palais, ou la chute d'os important, tel le malade de Delpech qui faillit être asphyxié par la chute de l'angle basilaire de l'occipital, tel le malade de Trousseau presque étouffé par une énorme portion de l'ethmoïde tombée sur le larynx.

Ces vastes altérations de la charpente osseuse du nez

s'accompagnent fréquemment de modifications fort disgracieuses dans la forme du nez, d'ozène et de troubles importants dans l'olfaction.

La marche de la syphilis tertiaire du nez n'a point de tendance à la guérison spontanée; elle progresse et, si elle est arrêtée par le traitement, elle peut reparaître ; son pronostic est donc grave. Toutefois, quand elle n'est pas trop avancée, le traitement a sur elle une grande puissance.

Le diagnostic des lésions externes se fait avec l'acné, l'impetigo, le lupus et l'épithelioma. Celui des lésions internes est plus complexe et comporte l'élimination des ulcérations simples ou de celles symptomatiques de morve, de diabète ou de scrofule. L'auteur ajoute, pour être complet sans doute, ceux de la fièvre typhoïde et des fièvres éruptives.

Le traitement se résume en deux mots: iodure de potassium à la dose de 2, 4 et 6 grammes par jour et le mercure; leur association étant préférable. Les séquestres seront enlevés par les voies naturelles et des lavages antiseptiques pratiqués.

Telle est, Messieurs, cette monographie que M. Olivier termine par l'exposé de douze observations intéressantes : étant essentiellement pratique, elle méritait de vous être analysée et elle vaudra, nous l'espérons, à son auteur, l'unanimité de vos suffrages pour le faire nommer membre de votre Société.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 mars 1899. — Présidence de M. S. Pozzi.

Résection du cordon dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate. — M. Monod cite une observation où la résection a amené une amélioration considérable de la rétention d'urine, une facilité beaucoup plus grande du cathétérisme, et rien ne s'est passé de fâcheux du côté du testicule. Dans la ligature du cordon, l'artère spermatique avait été respectée.

M. Reynier. Le sphacèle du testicule est peut-être plus fréquent qu'on ne l'a dit dans les cas de cure radicale de hernie. Il peut se faire des phlébites aseptiques et dans deux cas la mort s'en est suivie.

M. Bazy. La résection du canal déférent ne doit plus être redoutée comme elle l'était autrefois. La résection du canal déférent fait disparaître le pouvoir fécondant du testicule, mais ne le sphacèle pas. Le sphacèle n'est à craindre que lorsque tout le cordon a été lié, canal déférent et vaisseaux. Les animaux conservent les appétits et la puissance génitale quand le cordon a été réséqué.

MM. Reynier et Routier citent des faits de résection du cordon où la puissance génitale a été conservée.

MM. Monod, Bazy sont d'accord pour admettre que l'action sur l'hypertrophie de la prostate est due à la ligature des vaisseaux et non du cordon.

De l'asepsie en chirurgie. — M. Quénu fait une communication sur l'asepsie de la peau du malade et des mains du chirurgien.

Fracture de jambe au tiers inférieur. Extension continue par M. Hennequin. — Présentation du malade par M. Chaput.

Appendice infiltré de pus, enlevé après 30 heures de début. — Résection par M. Soulicoux. — Présentation des pièces par M. Peyrot.

F. Verchère.

MEMENTO PRATIQUE

Traitement des alopécies consécutives aux états morbides généraux, par M. le Dr Brocq. — La première indication qui se pose est de traiter l'état général et de tonifier le malade avec des médicaments appropriés à l'affection dont il vient d'être atteint et à sa constitution. Les préparations arsénicales et phosphatées rendent de grands services quand l'estomac les tolère. Nous n'avons pas à insister sur ce point qui est du ressort de la médecine générale. Mais nous devons préciser ce que l'on doit faire au point de vue local.

Si la chevelure est trop compromise, il ne faut pas hésiter à la raser entièrement : on répète cette opération tous les quatre ou cinq jours, pendant deux ou trois semaines. Ce procédé radical est d'ordinaire fort mal accepté par les malades, mais il est de beaucoup le plus efficace, et il rend les applications des divers topiques beaucoup plus faciles et plus rapides.

Si les cheveux ne tombent que d'une manière relativement modérée, on doit essayer de les conserver, surtout lorsqu'il s'agit de femmes ou de jeunes filles. Il faut, dans ce cas, les démêler et les peigner avec précautions pour ne pas arracher et casser ceux qui ont encore de la vitalité, Par contre, on ne doit pas craindre d'enlever tous ceux qui n'adhèrent que faiblement et qui sont à bulbes pleins, car ils constituent autant de corps étrangers dont il faut débarrasser le cuir chevelu.

Si l'état du malade le permet, on fait un léger savonnage pour enlever tous les détritus qui encrassent la tête On sèche soigneusement le cuir chevelu et les cheveux avec des linges chauds, puis on fait une friction excitante que l'on répète tous les jours. Voici quelques formules dues à divers auteurs et qui nous paraissent recommandables.

Alcoolé de citron	150 gr.
Acide chlorhydrique	4 gr.

Faire une friction légère du cuir chevelu matin et soir.

Ou bien :

Alcool à 80°	80 gr.
— camphré	
Rhum	ââ 5 gr.
Teinture de cantharides	
Glycérine	
Essence de santal	ââ V gouttes.
— de Wintergren	
Chlorhydrate de pilocarpine	0 gr. 50.

Faire une friction légère sur le cuir chevelu une fois par jour.

Ou bien :

Teinture de jaborandi	25 gr.
— de cantharides au 10e	25 gr.
Liniment savonneux	100 gr.

M. s. a. et agiter avant de s'en servir.

Faire une friction une fois par jour.

Ou bien :

Teinture de cantharides	
— romarin	ââ 20 gr.
— jaborandi	
Alcoolat de Fioravanti	ââ 50 gr.
Alcool camphré	
Rhum	100 gr.

Il est d'ailleurs parfaitement inutile de se servir de ces formules toutes faites ; chacun peut prescrire des lotions excitantes alcooliques renfermant du rhum, de l'eau-de-vie, de l'alcool camphré, aromatisées soit avec de l'alcoolat de mélisse, soit avec de l'alcoolat de romarin. Si on veut les rendre plus efficaces, on y incorpore un peu de quinine, de pilocarpine, de la teinture de jaborandi, de capsicum, de noix vomique, de cantharides, du chloral, du formol, du sublimé, etc.

Si les cheveux sont trop secs et cassants, on peut substituer les pommades aux lotions ou, tout au moins, combiner ces deux moyens ; faire par exemple une lotion le matin, appliquer le soir un peu de pommade sur le cuir chevelu ou inversement.

Hardy recommandait de se servir de la pommade de Dupuytren ou bien de pommade au tannin ou à l'acide gallique.

Moelle de bœuf.....	20	grammes.
Huile de ricin.....	10	—
Acide gallique.....	1	—

On peut remplacer dans cette formule la moelle de bœuf par de la vaseline et aromatiser avec V gouttes d'essence de lavande (Monin).

Bazin employait une préparation analogue (20 gr. de moelle de bœuf préparée, 10 gr. d'huile d'amande douce ; parfois il y ajoutait 2 gr. de sulfate de quinine et 1 gr. de baume du Pérou pour aromatiser).

Parmi les autres produits qui ont été préconisés pour faire repousser les cheveux, citons encore la pommade Philocome à base d'extrait mou de quinquina, de moelle de bœuf et d'huile d'amande douce, la pommade de Schneider, la teinture de Cauderer, la pommade de Boucheron, etc.

Quand on ne fait usage que des lotions excitantes, il faut mettre de temps en temps sur les cheveux, dès qu'ils semblent être trop secs, soit un peu d'huile d'amande douce soit un peu d'huile de ricin parfumée, soit un peu d'huile antique, soit le mélange suivant que nous prescrivons fréquemment.

Huile de ricin.....	20	grammes.
Teinture de quinine.....		
— romarin.....	âà 10	—
— jaborandi.....		

Rhum.

(Agiter violemment avant de s'en servir).

Lorsque les alopécies consécutives aux grandes pyrexies se compliquent soit de pityriasis capitis, soit de séborrhée grasse, il faut modifier la médication locale de manière à combattre ces dermatoses. (*Bulletin médical*).

VARIÉTÉS

Une candidature à l'Académie des sciences.

Pris un beau jour d'ambition sénile,
Un candidat s'était ganté de frais ;
Titres en main, il parcourut la ville,
D'un bon fauteuil escomptant les attraits :
Il visita le monde académique,
Se fit petit, suppliant et courtois,
« Chaque savant, — dit-il, — m'est sympathique.
Je les connais, bien sûr, j'aurai leurs voix. »

Il va d'abord dans un hôtel splendide
Où le valet lui demande son nom ;
Il se présente, et, d'une voix timide,
Au Maître dit ses titres sans aplomb :
« J'ai publié vos leçons de clinique,
« Dans les journaux j'ai conté vos exploits.
— Mon cher monsieur, vous m'êtes sympathique,
« Je vous connais, mais j'ai promis ma voix. »

« Voyons, — dit-il, — ce grand pathologiste,
« Il est puissant, il règne en souverain,
« Si je pouvais être mis sur sa liste,
« J'arriverais le premier, c'est certain. »
Mais le rival, dans chaque cas critique,
Mandait le Maître, et cela, bien des fois.
— « Mon bon ami, vous m'êtes sympathique,
« Je vous connais, mais j'ai promis ma voix. »

Il monte alors au quatrième étage,
Chez un savant à l'œil vif et malin,
Oh ! celui-là doit être un homme sage,
Pour son savoir, c'est un bénédictin.
Mais le savant, à l'estomac épique,
Chez le rival dînait cinq fois par mois.
— « Mon cher monsieur, vous m'êtes sympathique,
« Je vous connais, mais j'ai promis ma voix. »

Dans un quartier, retiré loin du monde,
Un Immortel gémissait anhélant,
Il ne pouvait uriner sans la sonde,
Il était seul et son docteur absent.
Introduisant l'instrument cylindrique,
Le candidat mit fin à ses abois.
— « Cent fois merci, vous m'êtes sympathique,
« Mon bon monsieur, mais j'ai promis ma voix ».

MORALITÉ.

Vous que tourmente une ambition vaine,
Qui rêvez gloire, honneurs, habit brodé,
Soyez-en sûrs, la défaite est certaine,
Pour celui qui n'est pas inféodé.
Si vous n'avez une table magique,
Des vins exquis, des amis d'un grand poids,
Par politesse on vous dit sympathique,
N'en croyez rien, vous n'aurez pas de voix.

A. CORLIEU.

La Faculté de médecine de Beyrouth. — Un événement d'une assez sérieuse importance au point de vue de l'influence française vient de se passer en Orient. La Faculté de médecine libre de Beyrouth a délivré cette année des diplômes qui confèrent, à ceux qui en sont pourvus, le droit d'exercice de la médecine dans tout l'empire ottoman et dans tous le territoire de la République française.

La Faculté catholique et française de médecine et de pharmacie de Beyrouth a été fondée en 1883 comme annexe au grand établissement d'instruction que possèdent les jésuites dans cette ville, et qui comprend un collège, un séminaire et de petites écoles libres, où l'instruction primaire

tes donnée aux enfants du pays quel que soit leur culte.

Cette Ecole de médecine fut d'abord bien modeste, ne compta que quelques élèves et un petit nombre de professeurs; mais le talent, le dévouement apportés par ces professeurs dans l'accomplissement de leur tâche, l'administration habile, pleine de tact du père Cattin, recteur, chancelier de l'Université, ne tardèrent pas à développer l'institution. Elle grandit peu à peu, s'attira la protection du gouvernement français, et fut particulièrement l'objet de l'attention de l'éminent directeur de l'enseignement supérieur, M. Liard, et des divers ambassadeurs qui se sont succédé à Constantinople, spécialement de M. Cambon, ainsi que des consuls chargés de nos intérêts à Beyrouth.

Malgré le développement, l'importance prise par cette école, dont les laboratoires s'étaient outillés, perfectionnés, avec le souci de les mettre en mesure de constater les plus récentes acquisitions de la science, malgré la faveur avec laquelle ses élèves étaient accueillis par la population, le diplôme restait sans sanction. Il n'était reconnu ni par le gouvernement français, ni par le gouvernement ottoman. Ainsi, M. Elie Gabara, reçu docteur de la Faculté de médecine de Beyrouth en 1891, pour échanger le diplôme de cette Faculté contre le diplôme français, dut subir en France de nouveau le cinquième examen et soutenir une thèse qui fut reçue avec la mention *très bien*. A partir de 1895, le diplôme français a été substitué à l'ancien diplôme de la Faculté de Beyrouth. Aussi, au lieu d'un inspecteur-examinateur (Villejean 1886, Landouzy 1887, Rémy 1888, Netter 1889 (de Paris); Lortet 1890 (de Lyon); Pitres 1891 (de Bordeaux); Caubet 1892 (de Toulouse); Lortet 1893, Lépine 1894 (de Lyon); on a désormais envoyé un jury de trois membres délégués par le gouvernement français (Lortet, Ollier, Soulier 1897 (de Lyon); Lortet, Roch, Rocher 1896 (de Lyon); Lortet, Ollier, Soulier 1897 (de Lyon); Vergely (de Bordeaux); Poirier, Delbet 1899 (de Paris).

Ce n'était pas tout. Il fallait obtenir que le Gouvernement ottoman reconnût le diplôme de Beyrouth, sans que les élèves vinssent subir leurs épreuves à Constantinople, épreuves singulièrement abrégées et facilitées par l argent. Après de laborieuses manœuvres diplomatiques, M. Cambon obtint que ce diplôme serait valable pour l'Empire turc avec cette seule condition que trois juges ottomans feraient partie du jury,

Aussi est-ce avec une véritable satisfaction que les professeurs de l'école de Beyrouth et les élèves ont salué l'avènement du nouveau régime. Déjà l'annonce de cette nouvelle organisation avait attiré un plus grand nombre d'élèves, ou du moins avaient retenu ceux qui étaient dans l'intention de gagner Constantinople.

L'avenir de cette Ecole est donc assuré désormais, car les Ottomans, dit-on, ne sont pas gens à retirer ce qu'ils ont accordé une fois, surtout après avoir pris des engagements avec une puissance comme la France. Aussi les jésuites auraient, à ce qu'on assure, le projet de construire une autre Ecole plus vaste et capable de contenir un plus grand nombre d'élèves, des laboratoires plus nombreux, plus spacieux.

La dernière session a présenté quelques incidents : les délégués ottomans sur lesquels on avait compté n'arrivaient pas (ne pénétrons pas les causes de ce retard !) et les examinateurs étaient menacés d'attendre longtemps cette venue et les examens de ne pas avoir lieu, car les délégués français ne pouvaient rester indéfiniment même sous ce ciel clément et radieux, au pied du poétique Liban, lorsque M. Constans, ambassadeur à Constantinople, informé par le consul, M. le comte de Sercey, a par son instante et puissante intervention mise un terme prompt à cette situation. Il a obtenu en plein Baïram que le sultan fît désigner deux médecins de l'armée de Damas : MM. Dionis, médecin major ; Mustapha Chevki, aide-major (ex élève de Lyon), et le médecin principal Haïri-bey (de Beyrouth) pour assister aux examens.

Le jury s'est alors trouvé composé ainsi : les délégués ottomans, Haïri-bey, Dionis, M. Chevki ; les délégués français, Vergely (de Bordeaux), Poirier et Delbet (de Paris); les professeurs de Beyrouth, MM. de Brun, Hache, La Bonardière, Nègre, Rouvier, pour la partie microbiologique, l'histoire naturelle, la physique, la chimie, la pharmacie, les pères Boulomoy, Collangettes, Soulerin et M. Guignes. L'ophtalmologie est enseignée par M. Chaker el Khoury.

Ces professeurs font leur cours toute l'année et sont chargés d'enseignements multiples : M. de Brun, la pathologie interne, la séméiologie, la clinique interne ; M. Hache, la pathologie externe, la médecine opératoire, la clinique chirurgicale ; M. La Bonardière, l'hygiène, la médecine légale et la thérapeutique ; M. Nègre, l'anatomie, l'histologie, et la physiologie ; M. Rouvier, les accouchements, les maladies des femmes et des enfants ; le père Boulomoy, la microbiologie, l'histoire naturelle ; le père Collangettes, la physique générale et la physique biologique ; le père Soulerin, la chimie générale et la chimie biologique ; M. Guigues, les manipulations pharmaceutiques, la pharmacie galénique et la matière médicale ; M. Chaker et Khoury, petite chirurgie et clinique ophtalmologique. Ces professeurs sont assistés de MM. Eddi, chef de Clinique chirurgicale ; Gebaux, chef de Clinique obstétricale ; Zayat, chef de Clinique médicale ; Saouma, chef de Clinique infantile. La partie administrative est dirigée par le père Cattin.

Il faut que les professeurs déploient beaucoup de zèle, d'activité et de dévouement pour mener leur enseignement à bonne fin. Ce n'est pas seulement la multiplicité des branches qu'ils enseignent qui les oblige à un travail assidu, mais la difficulté qu'ils éprouvent à instruire leurs élèves. Malgré leur bonne volonté, leur discipline, leur assiduité à l'étude (1), un certain nombre d'entre eux n'assimilent les connaissances médicales qu'avec une grande lenteur, excepté les jeunes gens qui ont fait des études classiques. Cette préparation première marque tout de suite une différence d'aptitude notable en faveur de ces derniers. Quelques-uns sans doute profitent de facultés intellectuelles de valeur endormies chez leurs aïeux ; quelques autres au contraire subissent les conséquences d'une hérédité de cerveaux que le défaut d'exercice a peu à peu diminués. Notons aussi l'influence du milieu dans lequel vivent ces jeunes gens, et qui n'est pas de nature à fournir des aliments nombreux et bien variés à leur activité cérébrale.

Malgré tout, le *labor improbus* des professeurs et des élèves arrive à faire des sujets capables de figurer avec honneur dans la bonne moyenne des élèves de nos Facultés.

(1) Tout élève qui manque à deux appels du cours perd une inscription. A la fin de chaque année, il y a un examen : tout élève *refusé deux fois* ne fait plus partie de la Faculté. Ces sages mesures ne seraient pas déplacées chez nous.

répondent aux interrogation en arabe, en français; tous parlent bien cette langue, et quelques-uns l'écrivent à rendre des points à bien des bacheliers.

Les interrogations portent sur les mêmes matières que dans les Facultés françaises.

Les réponses en anatomie et anatomie pathologique sont les plus faibles. Cependant les élèves ont eu pendant l'année 1898 neuf cadavres à disséquer et leur nombre sera plus considérable, car les Arabes commencent à accepter volontiers de les vendre. La physiologie compte de meilleures réponses; celles-ci sont tout à fait bonnes pour les pathologies et les cliniques. Afin d'éviter toute fraude, les élèves en 1899 n'ont su qu'au dernier moment qu'ils allaient subir leurs épreuves cliniques à l'hôpital militaire et non à l'hôpital civil, comme ils s'y attendaient. La connaissance des malades, des supercheries n'ont donc été pour rien dans l'exactitude des diagnostics portés par les candidats.

Dans cette cession, douze docteurs en médecine et deux pharmaciens de 1re classe ont reçu leurs diplômes.

Ce diplôme est délivré par la Faculté de médecine de Beyrouth, et porte en marge à droite la certification de sa validité par les médecins turcs, à gauche par les délégués français.

Quoique les élèves eussent été dispensés de l'épreuve de la thèse, deux ont tenu à présenter une thèse; un pharmacien et un médecin. Ce dernier avait pris pour sujet des recherches sur l'emploi du leben (sorte de lait caillé). Cette thèse était en manuscrit. L'impression de ce petit travail, en Turquie, exige un temps, des formalités, de petits dons d'argent, à tous les degrés de la bureaucratie chargés d'autoriser l'impression des livres, qui sont bien de nature à faire reculer les plus hardis et les bourses les mieux garnies (1).

Cependant, au milieu des entraves de toute nature qui ont été apportées à la mise en œuvre, à l'installation définitive de la Faculté de Beyrouth, il serait injuste de ne pas reconnaître la bienveillance, l'empressement de certains fonctionnaires turcs à nous être agréables. Djeved pacha (de Damas), dès qu'il a été informé par le divan que des délégués devaient être choisis à Damas, a immédiatement nommé deux médecins turcs distingués : Dionis et M. Chevki, avec ordre de se rendre sans retard à Beyrouth. Dans cette ville, le vali a désigné son excellence Haïra-bey, médecin très distingué et d'une grande affabilité. Ces médecins ont été d'une obligeance qu'on ne saurait trop reconnaître.

(1) Néanmoins d'excellentes thèses ont été soutenues à l'Ecole de Beyrouth, novembre 1898 :

1. E. Aad. *Etude sur l'évolution de la tuberculose chirurgicale en Syrie.*

2. Sp. Abourousse. *Etude sur les eaux potables de Beyrouth.*

3. Negil Batlouni. *De la taille hypogastrique dans le traitements des calculs vésicaux.*

4, Joseph Gali. *Etude clinique et traitement de l'épithélioma par le bleu de méthyle.*

5. Cherif Rahmi. *Etude sur la congestion rénale passagère d'origine paludéenne.*

6. Edib Zayat. *Contribution à l'étude d'un nouveau signe de la grossesse.*

Octobre 1897 :

1. Alex. Akaoui. *Trépanation et évidement dans les ostéomyélites juxta-épiphysaires non tuberculeuses (résultats opératoires éloignés).*

2. Said Azoury. *Etude sur quelques manifestations nerveuses du paludisme.*

Il serait également injuste de ne pas féliciter le père Cattin, administrateur remarquable, qui avec une persévérance, un tact, une habileté étonnante, a traversé tous les récifs, toutes les difficultés un moment presque insurmontables, qui menaçaient de faire périr cette œuvre, qui a pris un corps, est devenue une vraie Faculté, grâce au talent et au dévouement des professeurs de Beyrouth.

Cette Faculté, c'est un coin de la patrie française ! C'est de là que partent des effluves de son influence qui se disséminent partout en Asie-Mineure, y entretiennent notre souvenir, y propagent notre science. A ce titre, elle est bien digne de tenir au cœur de tout vrai Français, qui ne voit pas sans tristesse cette influence, ce souvenir disparaître de tant de lieux où ils étaient prépondérants. Ce n'est pas sans émotion que les assistants français ont entendu jouer *la Marseillaise*, et qu'ils ont entendu un élève turc leur dire dans une allocution adressée aux délégués français et ottomans et aux professeurs, qu'il croyait avec le poète : « Que tout homme avait deux patries, celle où il est né et la France après. »

Dr P. V.

(*Journal de médecine de Bordeaux.*)

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — Le jury du concours pour deux places de chirurgiens des hôpitaux est définitivement composé de MM. Picqué, Ricard, Blum, Bazy, Polaillon, Lejars et Audhoui.

— Le concours pour trois places de médecins des hôpitaux est terminé par la nomination de MM. Dupré, Aviragnet et Lamy.

— Un nouveau concours pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux sera ouvert le lundi 24 avril 1899, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3. — Le registre d'inscription sera ouvert le lundi 27 mars et sera clos définitivement le samedi 8 avril suivant, à trois heures.

Corps de santé de la marine. — Par décret, en date du 13 mars 1899, ont été promus dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin en chef de réserve : MM. les médecins principaux de réserve Merleaux dit Ponty et Dubergé.

Au grade de médecin principal de réserve : MM. les médecins de première classe de réserve Borély et Peyron.

Au grade de médecin de première classe de réserve : MM. les médecins de deuxième classe de réserve Bossuet, Gros, Hamon, du Fougeray, Aubœuf et Crambes.

Au grade de pharmacien de première classe de réserve : M. le pharmacien de deuxième classe de réserve Calot.

Ecole de médecine d'Amiens. — M. Dheilly, professeur de physiologie, est admis, sur sa demande et pour cause d'infirmités résultant de l'exercice de ses fonctions, à faire valoir ses droits à une pension de retraite. — M. Dheilly est nommé professeur honoraire.

Les médecins de la préfecture de la Seine. — Le conseil municipal de Paris, dans sa séance de lundi 20 mars, a, sur la proposition de M. John Labusquière, décidé qu'il serait sursis jusqu'au 1er juillet prochain à l'exécution de l'arrêté du préfet en date du 4 février 1899 portant réorganisation du service médical de la préfecture de la Seine.

Banquet de l'Internat. — Le banquet annuel de l'Internat en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 29 avril 1899 à 7 heures 1/2, au restaurant Marguery, sous la présidence de M. le professeur Dieulafoy.

Souscription Hameau. — Une souscription est ouverte à Bordeaux pour ériger un monument public à la mémoire de Jean Hameau à la Teste de Buche (Gironde). Hameau est un humble et grand médecin girondin qui, l'un des premiers dans la Gironde, en 1801, introduisit et propagea, la vaccine, qui dès 1810 décrivit un cas de transmission de la morve du cheval à l'homme et, en 1879, décrivit la pellagre observée par lui sur le littoral du bassin d'Arcachon. Son œuvre capitale est une étude sur les virus lue en 1836 à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux et déjà il écrivait avec une sorte de don prophétique des phrases comme celles-ci :

« Les virus ont des germes qui les reproduisent, écrivait le médecin de La Teste ; ils ont le pouvoir de traverser toutes nos parties, de grandir à nos dépens et de vaincre les forces vitales pour accomplir leurs destinées. » Il affirmait que les *ferments* eux-mêmes présentent les caractères incontestables de la vie ; et il allait jusqu'à écrire en propres termes : « On préviendrait les phlébites, dans les hôpitaux, si l'on trempait la lancette dans l'onguent napolitain avant d'opérer la saignée et si l'on recouvrait la petite plaie d'un taffetas frotté du même onguent. Des soins analogues pourraient être pris après les grandes opérations, parce que le virus *s'introduit par les plaies.* »

Et ailleurs, parlant du pouvoir immunissant de la vaccine ; « Ce fait majeur et si bien constaté peut faire espérer d'en découvrir d'autres semblables parmi les virus. »

Pasteur a donc traduit et vulgarisé les idées déjà nettement émises par Jean Hameau.

Le trésorier du comité du monument est le Dr Hirigoyen 10, rue d'Enghien, à Bordeaux.

La composition de la Chartreuse.— S'il est vrai qu'une boisson est toxique en raison de la quantité des essences de plantes qu'elle contient, la liqueur dite Chartreuse doit tenir le premier rang. Le vicomte d'Avenel, dans un article de la *Revue des Deux-Mondes* intitulé l'*Alcool et les liqueurs*, donne des renseignements détaillés sur sa fabrication :

« Il entre dans la fabrication de la Chartreuse, dit le vicomte d'Avenel, plus de quarante plantes : la principale est la mélisse, dont la proportion varie de 250 à 500 grammes par hectolitre, l'hysope fleurie, la menthe poivrée, le génepi des Alpes, les semences et racines d'angélique — 125 à 250 grammes chacune — puis, à doses beaucoup moindres, allant de 15 à 30 grammes, les fleurs d'arnica, le thym, la balsamite, les bourgeons de peuplier-baumier, la cannelle de Chine, le macis, la coriandre, l'aloès, la cardamone, etc., etc. Ce n'est pas tout : chaque hectolitre comporte l'addition de trois litres d'un alcoolat préliminaire où figurent, avec la marjolaine, les œillets rouges et la lavande, quatre sortes de poivre (le long, le jamaïque, le cubèbe et l'ordinaire de cuisine), de la résine de pin, de la thériaque, de l'hyacinthe, du baume de muscade, pétris ensemble dans du vin de Malaga. »

Le total de ce mélange pour faire un hectolitre de liqueur est de 2.600 grammes et le prix de revient ne dépasse guère 8 francs. La qualité et l'âge de l'alcool employé à la fabrication de la Chartreuse font son principal mérite.

Habitations à bon marché. — MM. les docteurs Levraud, député, et A.-J. Martin, inspecteur général de l'assainissement de la Seine, sont nommés membres du conseil supérieur des habitations à bon marché, pour une période de quatre années.

Une accusation d'espionnage. — On télégraphie de Saint-Mihiel au *Temps*.

Hier est venu pour jugement l'affaire du docteur Nivelet, médecin à Commercy, poursuivi devant le tribunal correctionnel, à la requête de l'autorité militaire, pour dénonciation calomnieuse.

Le docteur Nivelet avait accusé d'espionnage le soldat Courbeil, ancien sergent-major cassé, qui avait déserté après sa cassation et qui, rentré en France à la faveur de l'amnistie, avait été détaché au fort de Géronville.

Après plaidoirie de Me Georges Desplas du barreau de Paris, le docteur Nivelet a été acquitté.

Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — La Compagnie organise, avec le concours des « Voyages modernes », deux excursions permettant de visiter (tout frais compris).

La première, l'Italie et la Sicile, du 21 mars au 16 avril. Prix : 1re classe, 1150 fr ; 2e classe 1020 fr.

La deuxième, l'Italie (semaine sainte à Rome), du 27 mars au 14 avril. Prix : 2e classe, 540 fr.

S'adresser pour renseignements et billets, au bureau de l'agence des « Voyages modernes », rue de l'Echelle, à Paris.

Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — Fêtes de Pâques. Billets d'aller et retour de 1re et de 2e classe de toutes les gares du réseau P. L. M. à Alger, viâ Marseille. Réduction de 50 0[0 sur le parcours P. L. M. et de 40 0[0 sur le parcours maritime. Arrêts facultatifs sur tout le parcours. Validité : 30 jours. Billets délivrés du 15 mars au 2 avril inclusivement.

Nécrologie. — Le Dr Gibert (du Havre), ancien conseiller municipal de cette ville, officier de la Légion d'honneur, correspondant de l'Académie de médecine, vient de mourir à l'âge de 70 ans. Le Dr Gibert était surtout connu par ce fait que le premier, il avait créé un dispensaire gratuit pour enfants malades, et organisé le bureau d'hygiène. C'était à tous les points de vue un homme des plus recommandables et des plus hautement estimés. — Le Dr Bernard (Pierre), de Lille, reçu en 1882. — Le Dr Samet (de Blois), reçu en 1893. — Le Dr Bermont, de Norroy (Meurthe-et-Moselle). — Le Dr Durand-Fardel (Maxime), correspondant de l'Académie de médecine, chevalier de la Légion d'honneur, décédé le 19 mars, à l'âge de 83 ans. — Le Dr Bizot, ancien sous-préfet de Saint-Nazaire, percepteur de Taverny (Seine-et-Oise), décédé à l'âge de 51 ans.

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

CAPSULES DARTOIS 0,05 véritable CRÉOSOTE de HETRE
CATARRHES, PHTISIE, TUBERCULOSE, 3 ou 4 à chaque repas

SACCHAROLÉ de quinquina **VIGIER**, 1 cuillerée à café au repas.

Le Gérant : A. Chevallereau.

aris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone*